

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

**Prevalência de Bruxismo e associação  
com Respiração Bucal em pré-  
escolares de Florianópolis, SC**

**Elis Cristina Antunes**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Elis Cristina Antunes

**PREVALÊNCIA DE BRUXISMO E ASSOCIAÇÃO  
COM REPIRAÇÃO BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES DE  
FLORIANÓPOLIS, SC**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Odontologia  
Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Michele Bolan  
Co-orientador: Esp. Daniele Klein

Florianópolis

2015


Elis Cristina Antunes

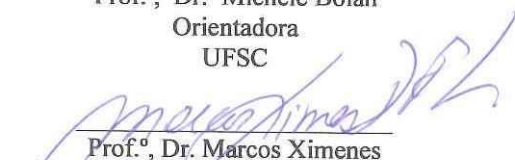
**PREVALÊNCIA DE BRUXISMO E ASSOCIAÇÃO COM  
REPIRAÇÃO BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES DE  
FLORIANÓPOLIS, SC**

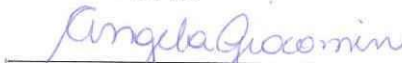
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de outubro de 2015.

**Banca Examinadora:**

  
Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Michele Bolan  
Orientadora  
UFSC

  
Prof.<sup>o</sup>, Dr. Marcos Ximenes  
UFSC

  
Esp. Angela Giacomini  
UFSC



Dedico este trabalho a toda minha  
família pelo incentivo e apoio  
durante a realização deste sonho.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, não somente neste período como universitária, mas ao longo da minha vida e que em todos os momentos estive ao meu lado. E à Maria por sempre passar na frente de todos os meus passos.

À toda a minha família por todo incentivo e apoio durante toda a minha vida. Especialmente aos meus pais Jean e Estefânia por terem me dado a vida e não medirem esforços para que eu chegasse ao final desta etapa.

Às minhas irmãs Júlia e Ana Lúcia pelo apoio e companheirismo de toda de vida.

À tia Kátia e família por terem me recebido e acolhido com todo carinho em sua casa.

Agradeço as minha amigas Caroline, Marina e Millena pela amizade, fidelidade, carinho e apoio e por sempre estarem ao meu lado.

À minha professora orientadora, Dra. Michele Bolan e co orientadora Esp. Daniele Klein pelo auxílio, disponibilidade de tempo, por todo o conhecimento transmitido e por me dirigirem a conclusão deste trabalho.

À turma 11.1 que me acolheu com muito carinho e amizade. Principalmente a Carolina Lalau, Júlia G Santos, Marina Pessetti, Marina Petry e Ricardo Dell Antônio que me apoiaram durante toda a faculdade e realização deste trabalho.

Agradeço todos colaboradores da pesquisa, principalmente Carla S. Pereira, Loraine F. Dias, Marcos Ximenes por terem coletado os dados e pela gentileza de terem cedido os dados para a realização deste trabalho.

Aos pais das crianças por terem autorizado à realização do exame clínico e respondido o questionário atenciosamente.

A esta universidade e seu corpo docente, não somente por terem me ensinado, mas pela oportunidade de exercer esta profissão linda.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho e etapa se tornasse possível.







“O sorriso enriquece os recebedores  
sem empobrecer os doadores.”

(Mário Quintana)



## RESUMO

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência do bruxismo e associá-lo com respiração bucal em pré-escolares de 2 a 5 anos de Florianópolis/Brasil em 2014. Foram selecionadas 429 crianças, de escolas públicas municipais, sendo incluídas apenas as crianças com dentição exclusivamente decídua. A coleta de dados foi por meio de exame clínico e questionário aos pais/responsáveis. O exame clínico foi realizado por três examinadores calibrados ( $Kappa > 0,7$ ), a fim de registrar a presença de facetas de desgastes em incisivos e molares decíduos. O questionário continha questões referentes ao bruxismo do sono (criança range os dentes durante a noite) e respiração bucal (dorme com a boca aberta e/ou baba no travesseiro, nariz entupido diariamente, está sempre de boca aberta, sinusite no último ano, operou o nariz, operou a garganta e se apresentou mais de 5 episódios de infecções na garganta no último ano). Para o diagnóstico de bruxismo seguimos a academia americana do sono (AAMS) e para respiração bucal, foi utilizada a Teoria de Resposta ao Item. Para determinar as associações foi aplicado teste de qui-quadrado e exato de Fisher com erro padrão de 5% e 95% de intervalo de confiança. O bruxismo ao exame clínico foi de 8,2% ( $n=35$ ), quanto ao relato dos pais o bruxismo foi encontrado em 17,2% ( $n=74$ ). Quando associado exame clínico com o relato dos pais, o bruxismo foi presente em 2,1% ( $n=9$ ). Dentre as variáveis não clínicas, a alteração mais prevalente foi a criança estar sempre com o nariz entupido (19,6%), seguido por criança estar sempre com a boca aberta (16,1%). Obteve-se associação estatística significativa entre bruxismo e faixa etária ( $p < 0,05$ ), sendo a faixa etária com mais prevalência a de 4 e 5 anos com 68,9%. Não foi observada associação de respiração bucal com a presença de bruxismo ( $p > 0,05$ ). Conclui-se que crianças entre 4 e 5 anos têm maior prevalência de bruxismo e que o bruxismo não teve associação com respiração bucal.

**Palavras-chave:** Bruxismo do Sono. Pré-escolar. Respiração Bucal.



## ABSTRACT

The aim of this study was to determine the prevalence of bruxism and associate it with mouth breathing in preschool children from 2 to 5 years in Florianópolis/Brazil in 2014. 429 children were selected from public schools, being excluded those that did not have complete primary dentition. The data collection was made through clinical examination and questions to parents / guardians. The clinical examination was performed by three calibrated examiners ( $K > 0.7$ ), to register the presence of wear facets on incisors and molars. The questions were related to sleep bruxism (child grinds his teeth at night) and mouth breathing (the child sleeps with his mouth open and/or drools on the pillow, daily stuff nose, is always open-mouthed, or got sinusitis last year, or got the nose operated or his throat and have happened more than 5 cases of strep throat last year). For the diagnosis of mouth breathing, we used the Item Response Theory. To determine the associations was applied chi-square test with a standard error of 5 % and 95% confidence interval. The bruxism clinical examination was 8.2 % ( $n = 35$ ), as the parental report bruxism was found in 17.20% ( $n = 74$ ). When associated clinical examination of the parents report, bruxism was present in 2.1% ( $n=9$ ). Among the non- clinical variables, the most prevalent changes were the children always with a stuffy nose (19.6%), followed by child always with an open mouth (16.1%). We have obtained a significant statistical association between bruxism and age ( $p > 0.05$ ), the age group with prevalence of 4 and 5 years with 68.9 %. There was no mouth breather association with the presence of bruxism ( $p > 0.05$ ). In conclusion, children aged 4-5 years have a greater prevalence and that bruxism had no association with mouth breathing.

**Keywords:** Sleep Bruxism. Preschool. Mouth Breathing.



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Análise descritiva dos dados clínicos de pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014.....	36
Tabela 2: Análise descritiva de bruxismo em pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014. ....	36
Tabela 3: Análise descritiva dos dados não clínicos de pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014.....	37
Tabela 4: Associação do bruxismo com variáveis independentes de pré-escolares (n= 429) de Florianópolis, 2014.....	38



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

GB – Grupo com Bruxismo

GWB – Grupo sem Bruxismo

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

LED - *light emitting diode*

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – *Statistical Package fo Social Sciences*

EUA – Estados Unidos da América



## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	27
2.REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.OBJETIVOS.....	34
4.METODOLOGIA.....	35
5.RESULTADO.....	36
6.DISSCUSSÃO.....	39
7.CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A – Ficha Clínica.....	45
APENDICE B – Questionário.....	46
ANEXO A – Termo Consubstanciado do CEP.....	47
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50



## 1. INTRODUÇÃO

O bruxismo é considerado uma atividade muscular repetitiva, caracterizada por apertar e/ou ranger dos dentes. Apresenta duas manifestações distintas: o que ocorre durante o sono, chamado de bruxismo do sono, e aquele que ocorre quando acordado, chamado de bruxismo em vigília. Esta atividade muscular afeta tanto crianças como adultos (KATAYOUN, 2008; LOBBEZZO *et al.*, 2013). A etiologia do bruxismo não é totalmente conhecida, mas sabe-se que é de caráter multifatorial e que está associada a fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários (RESTREPO *et al.*, 2008; SERRA-NEGRA *et al.*, 2009; MOORE *et al.*, 2011; WANG *et al.*, 2013). Os sinais e sintomas mais comuns são: desgastes dentários, marcas na mucosa jugal, fraturas frequentes de restaurações, dor e disfunção temporomandibular, hipertrofia muscular e cefaleia (DINIZ *et al.*, 2009; SERRA NEGRA *et al.*, 2012).

O conceito de bruxismo está em constante alteração, o que gera mudanças no diagnóstico ao levar em consideração os novos conhecimentos sobre os fatores etiológicos e uma maior compreensão do desenvolvimento do mesmo. Estudos veem associando bruxismo com alterações respiratórias. Motta *et al.* em 2014 realizaram uma pesquisa com crianças entre 4 e 7 anos, avaliando a presença de bruxismo e alterações respiratórias. Chegaram à conclusão que crianças com alterações respiratórias tiveram alta prevalência de bruxismo.

Respiração bucal é a mudança de hábito de respirar somente pelo nariz para respirar predominantemente pela boca, podendo estar associado à obstrução das vias aéreas. Quando a respiração bucal permanece, mesmo após a desobstrução das vias aéreas, pode gerar alterações no desenvolvimento muscular, falta de selamento labial, palato ogival, olheiras, olhar cansado, deglutição atípica, sinusites frequentes, otites repetitivas, aumento das amígdalas faríngeas, halitose, diminuição da percepção do paladar e olfato, maior incidência de lesões de cárie, alteração do sono, ronco, baba noturna, insônia, expressão facial vaga, dificuldade em manter atenção e concentração, gerando dificuldades escolares (PACHECO *et al.*, 2015; MUSTAFÁ *et al.*, 2015).

Em São Paulo, Nahás-Scocate *et al.* (2013) fizeram um estudo epidemiológico com 873 crianças de 2 a 6 anos. A prevalência de bruxismo foi de 28,8%. Em contrapartida quando relacionaram sono agitado e dores de cabeça com bruxismo os pesquisadores obtiveram resultado significativo, onde 39,7% tinham bruxismo e sono agitado, 38,4% tinham bruxismo e cefaleia. Na Província de Isfahan no Irã, Ghafournia *et al.* (2012) investigaram bruxismo a partir de relatos dos pais e exame clínico em pré-escolares de três a seis anos, obtiveram 12,75% de prevalência.

As divergências entre pesquisas relacionadas ao bruxismo em escolares demonstram uma necessidade de incentivar novas pesquisas sobre este assunto (SERRA NEGRA *et al.*, 2009), uma vez que a presença de bruxismo pode alterar de alguma maneira o comportamento e desempenho escolar (SERRA NEGRA *et al.*, 2013). Conhecendo melhor a etiologia do bruxismo e de respiração bucal é possível identifica-las nos primeiros sinais e sintomas, fomentando um plano de tratamento multidisciplinar com assistência integral, envolvendo profissionais da odontologia, psicologia, fonoaudiologia e médica (SIMÕES-ZENARI *et al.*, 2010; GHAFOURNIA *et al.*, 2012; GARDE *et al.*, 2013).

Não há dados de levantamento epidemiológico sobre respirador bucal e bruxismo em pré-escolares do município de Florianópolis, até o presente momento. Esses dados são relevantes, pois servem de auxílio para o correto diagnóstico de bruxismo e fomentam alternativas terapêuticas, em nível individual e coletivo. Servindo assim de base para o sistema de saúde no planejamento de ações de prevenção, medidas de controle, tratamento e acompanhamento do respirador bucal e bruxista.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Klasser *et al* (2005) mostraram a evolução e a mudança de paradigma quanto ao conceito e diagnóstico de bruxismo. Essa evolução na classificação melhora a compreensão dos fatores etiológicos associados ao bruxismo. Acreditava-se que o fator etiológico do bruxismo era a alteração oclusal, atualmente a etiologia mais discutida considera que o bruxismo esteja relacionado ao sistema nervoso central, por meio de mecanismos que influenciam na manutenção das vias aéreas durante o sono, aumentando a atividade muscular mastigatória rítmica. Quanto ao tratamento, ainda não há nenhuma terapia eficaz, porém, são utilizadas abordagens paliativas, sendo elas, comportamentais, higiene do sono, técnicas de relaxamento, placas oclusais e uso de medicamentos.

Em 2007, Grechi *et al.* fizeram uma pesquisa em Ribeirão Preto, com o objetivo de investigar a ocorrência de bruxismo em crianças com obstrução nasal e determinar sua associação com outros fatores. Foram incluídas nesse estudo crianças entre 2 e 13 anos e com diagnóstico dado por um otorrinolaringologista de obstrução nasal e foram realizados exames (otoscopia, rinoscopia e oroscopia). Selecionaram 60 pacientes com diagnósticos de obstrução nasal, após isso, os responsáveis responderam a um questionário pré-estabelecido, que continham questões para identificação, sexo, idade, relatório de bruxismo, período de ocorrência e frequência de bruxismo, presença de dor nos músculos mastigatórios e articulação temporomandibular, presença de hábito bucal deletério (roer unhas, morder objetos, sucção de chupeta e dedo) e caracterização do comportamento da criança. As avaliações orofaciais foram realizadas pelo mesmo profissional, que avaliou: tipo de dentição, grau de má oclusão, presença de desgaste dentário e presença de má oclusão. As crianças foram divididas em dois grupos, com bruxismo (GB) e sem bruxismo (GWB), 14 crianças foram excluídas por falta de dados. Para comparação intergrupos, o teste de qui-quadrado e o teste de Fisher foram utilizados para a variável presença/ausência de hábitos orais. Trinta crianças apresentaram bruxismo (65,22%) e dezesseis (34,78%) crianças não apresentaram bruxismo. O grupo bruxismo foi composto por 21 meninos (70%) e 9 meninas (30%) com idade entre 2 e 10 anos. Já o grupo sem bruxismo, consistiu de 8 meninos (50%) e 8 meninas (50%) com idade entre 2 e 12 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre GB e GWB quanto à presença /ausência de hábitos orais deletérios. Houve alta prevalência de bruxismo nas crianças com alterações nas vias aéreas, presença significativa de hábitos bucais deletérios, como morder objetos e lábios, e não foi encontrado hábitos de sucção de chupeta e dedo.

Eftekharian *et al.* em 2008 fizeram um estudo com objetivo de avaliar o efeito da adenoamigdalectomia no bruxismo em crianças com sintomas obstrutivos, devido à hipertrofia das adenoides e amígdalas. O estudo prospectivo foi com 140 crianças entre 4 e 12 anos. Todas as crianças foram

submetidas à cirurgia de adenoamigdalectomia. As crianças foram acompanhadas durante oito semanas após as cirurgias com exame otorrinolaringológico completo e também, foi aplicado questionário aos pais. Todos os dados foram analisados estatisticamente através do teste qui-quadrado. Neste estudo, 75 (53,6%) crianças eram do sexo masculino e 65 (46,4%) eram do sexo feminino. Entre os participantes do estudo, 36 (25,7%) tinham evidência de bruxismo mencionado no questionário. Dos 36 pacientes que apresentaram bruxismo antes da cirurgia, 26 (72,2%) não apresentaram bruxismo após a cirurgia e 10 (27,8%) ainda relataram presença de bruxismo pós-cirúrgico ( $p=0,02$ ). Assim pode-se concluir que a adenoamigdalectomia pode melhorar o bruxismo em pacientes com sintomas obstrutivos.

Simões Zenari *et al.* em 2010, investigaram a ocorrência de bruxismo na primeira infância e os fatores associados relativos aos hábitos orais. Consistiu de um estudo caso-controle com 141 crianças, 71 meninos e 70 meninas, que frequentavam 3 centros de educação infantil de São Paulo, Brasil, com idade entre 4 e 6 anos. Foi desenvolvido um protocolo para a investigação de bruxismo, desenvolvido especialmente para essa pesquisa. Este continha questões sobre hábitos orais, uso de mamadeira, respiração bucal, sialorréia durante o sono. Além disso, investigaram se o sono da criança era agitado ou tranquilo, número médio de horas que dorme, com que frequência se queixa de dor de cabeça e o que os pais acham da personalidade da criança (agitada, ansiosa, nervosa, tensa, triste, agressiva e tímida). A avaliação clínica foi realizada nos centros educacionais e foi verificado tônus de lábios, língua e bochechas, aparências das tonsilas, da mordida, do palato duro e do freio lingual, postura de repouso de lábios e língua e, padrões de respiração, mastigação e deglutição. O grupo caso foi composto por crianças com relato de bruxismo e o grupo controle eram as crianças sem o relato de bruxismo. A análise estatística foi através da Análise de Variância (ANOVA) para verificar a homogeneidade dos grupos, Teste de igualdade e cálculo de *Odds Ratio* (OR) para comparação dos dois grupos, com nível de significância de 5%. O grupo caso foi composto por 78 (55,3%) crianças com bruxismo relatado pelos pais, e o grupo controle por 63 (44,7%). Não houve diferença entre os sexos. Observaram-se vários aspectos com maior ocorrência no grupo com bruxismo quando comparado ao grupo sem bruxismo estes foram: sialorréia durante o sono ( $p=0,036$ ), uso de chupeta ( $p=0,036$ ), morder os lábios ( $p<0,001$ ) e roer unhas ( $p=0,028$ ). As crianças que usavam chupeta apresentaram risco sete vezes maior de desenvolver bruxismo quando comparadas com as crianças que não tinham o hábito. Em relação aos aspectos miofuncionais orais, o grupo caso apresentou maior ocorrência de tônus de bochechas ( $p=0,032$ ) e mordida alterada ( $p=0,057$ ). O número insuficiente de horas de sono foi associado à presença de bruxismo ( $p<0,001$ ), mostrou também que crianças com a quantidade de horas insuficiente de sono aumentam cerca de 5 vezes as chances de desenvolver bruxismo (OR=5,10). Os achados comprovaram relação entre bruxismo, hábitos orais e aspectos alterados da motricidade orofacial das crianças.



Ghaufournia *et al.* em 2012 fizeram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência de bruxismo e investigar a relação entre fatores oclusais e bruxismo em pré-escolares de 3 a 6 anos de idade, no Irã. Neste estudo transversal, um total de 400 crianças foi selecionado aleatoriamente de várias pré-escolas. Os pais foram questionados sobre o bruxismo do seu filho, sendo registrado como presente ou ausente. Associando o relato dos pais, com o exame clínico, as crianças foram divididas em dois grupos, com bruxismo e sem bruxismo. Foi registrado por meio de exame clínico dos caninos decíduos (Classe I, Classe II, Classe III) e molares (mesial, degrau distal, plano terminal flash), existência de mordida cruzada anterior e posterior, mordida aberta e mordida profunda. Dentes girados, impactação alimentar, bordas dos dentes afiados, restaurações altas, cáries dentárias extensas e dor em algum dente, foram nomeados como condições irritantes. A relação entre bruxismo e fatores oclusais, assim como para condições irritantes, foi avaliada através do teste qui-quadrado. O bruxismo foi visto em 12,75% (51) das crianças, 45,01% meninas e 54,9% meninos. A média de idade foi de 5,1 anos para o grupo com bruxismo e 4,5 anos para sem bruxismo. Os resultados mostraram relação estatisticamente significativa entre bruxismo, plano terminal reto ( $p=0,023$ ) e mesial ( $p=0,001$ ). Apresentou relação significativa entre a impactação alimentar ( $p=0,004$ ), cáries dentárias extensas ( $p=0,0005$ ), dor de dente ( $p=0,012$ ), bordas dos dentes afiados ( $p=0,017$ ) e bruxismo. Houve relação estatisticamente significativa entre a história de bruxismo em pais e presença de bruxismo em crianças ( $p=0,001$ ). Assim podemos concluir que em relação aos fatores oclusais, houve relações estatisticamente significativas entre o degrau mesial, plano terminal reto, e bruxismo. Das condições dentárias irritantes, impactação alimentar, cárie extensas, dor de dente, e as bordas cortantes tiveram relações significativas com bruxismo.

Serra Negra *et al.*, 2012 fizeram uma pesquisa em Belo Horizonte com o objetivo de determinar a associação entre os sinais e sintomas do bruxismo em crianças, sua associação com outros hábitos parafuncionais e comparar estes resultados com crianças sem esta condição. Este estudo foi feito em escolares com 8 anos, brasileiros, moradores de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Selecionaram-se 9 escolas públicas e 9 escolas privadas, após isso, foi feita a randomização das crianças. O grupo caso foi constituído de 120 crianças com bruxismo, enquanto o grupo controle foi composto por 240 crianças sem bruxismo. Foi utilizado para classificação econômica o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que foi desenvolvido pela Prefeitura do município de Belo Horizonte. Juntamente com o sexo e a idade, esta classificação social foi usada para comparar os grupos com e sem bruxismo. Os grupos caso e controle foram compostos por 50% homens e 50% mulheres; 50% "baixa vulnerabilidade social" e 50% "alta vulnerabilidade social"; 50% crianças com bruxismo e 50% crianças sem bruxismo. Os dados foram coletados através de um questionário, composto por 10 questões: histórico de ranger dental durante a noite, hábitos orais, história médica e informações

sociodemográficas, preenchido pelos pais e por exames clínicos feito nas escolas, onde foi investigado: assimetria facial, dor muscular, mucosa da bochecha ao longo da linha de oclusão, bordas laterais da língua e distinção entre os processos de desgaste e erosão dentária. Para a análise estatística foi utilizado o teste de McNemar, regressão logística binária e multivariada. Apenas três crianças com bruxismo do sono (2,5%) apresentaram disfunção temporomandibular. Variáveis clínicas orais que apresentaram associação com bruxismo incluem: desgaste primário canino ( $p < 0,001$ ), respiração bucal ( $p = 0,002$ ), morder objeto como lápis ou canetas (59,2%) e roer as unhas (50,8%). Assim pode-se concluir que crianças que apresentaram os hábitos parafuncionais de morder objetos, como um lápis e canetas, roer unhas foram mais suscetíveis a desenvolver bruxismo.

Uma revisão sistemática da literatura, realizada em 2013 por Manfredini *et al.*, abordou a prevalência de bruxismo em crianças. Em 2012, foi realizada uma busca sistemática da literatura médica para identificar todos os artigos que estudavam a prevalência de bruxismo em crianças com 12 anos ou menos. A busca Medline permitiu identificar 412 publicações, das quais 342 foram excluídos do âmbito do inquérito de título. Mais 24 citações foram excluídas após leitura do resumo. Ao ler por completo os artigos foram excluídos 25 artigos, porque eles não cumpriram os critérios de inclusão. Assim, um total de 22 publicações foram consideradas relevantes para o objetivo desta avaliação. Os artigos incluídos na etapa final da revisão abrangeram uma ampla distribuição geográfica, incluindo a América do Sul (Brasil,  $n = 2$ ) e América do Norte (EUA,  $n = 1$ ), Europa (Finlândia,  $n = 1$ ), e na Ásia (Turquia,  $n = 1$ ; China,  $n = 1$ , Hong Kong,  $n = 1$ , Taiwan,  $n = 1$ ). A prevalência foi altamente variável entre os estudos (3% a 40%). A grande variabilidade na prevalência de bruxismo em crianças foi encontrada, devido às diferentes faixas etárias sob investigação e as diferentes frequências de auto relato de bruxismo. Isso impediu de apoiar quaisquer estimativas confiáveis da prevalência de bruxismo do sono em crianças.

Garde *et al.*, 2014, investigaram a prevalência de hábitos bucais deletérios, em crianças entre 6 e 12 anos de idade. Total de 832 crianças selecionadas em 8 escolas em Karad, Índia. Um questionário com questões objetivas foi desenvolvido para coletar informações como idade, sexo e presença de hábitos bucais deletérios. Estas perguntas foram feitas para os pais a fim de investigar os hábitos como o bruxismo, respiração bucal, roer unhas, chupar o dedo e mamadeira. A avaliação clínica foi feita por meio de testes do espelho e retenção de água. Para teste do espelho, um espelho de duas faces é colocado abaixo das narinas da criança e formação de vapores é observado. Se ela ocorre em parte superior do espelho indica respiração nasal onde, como na parte inferior indica respiração bucal. Para o teste retenção de água, coloca-se uma pequena quantidade de água na boca com os lábios em contato criança fica sem engolir por até 3 minutos. Aqueles que não foram capazes de manter os lábios em posição de contato foram considerados como respiradores bucais. O teste do qui-quadrado foi realizado para comparar a prevalência de hábitos orais

de acordo com a faixa etária e sexo, considerando um valor de  $p < 0,05$ . A amostra final foi constituída por 444 meninos e 388 meninas. Sucção de dedo e bruxismo foram considerados significativamente mais frequentes entre as crianças mais novas, seguido por crianças com maior idade ( $p=0,000$ ), enquanto, a respiração bucal e roer unhas eram significativamente maior entre os mais velhos ( $p=0,000$ ). Quanto ao tipo de hábito, o bruxismo (17,3%) foi mais comumente visto, seguido de mamadeira (10,1%), chupar o dedo (8,7%), roer unhas (5,8%), deglutição atípica (4,9%) e respiração bucal (4,3%). 51,1% das crianças tinham um ou mais hábitos, sendo 18,7% com um único hábito e 6,3% com dois hábitos e 2,8% com três hábitos. Pode-se concluir que a prevalência de hábitos bucais deletérios nas crianças foi alta, porém o bruxismo foi encontrado com maior frequência.

Motta *et al.* em 2014 associaram problemas respiratórios e cárie dentária em crianças com bruxismo entre 4 e 7 anos. Foram selecionadas 90 crianças que não estavam em tratamento odontológico, e divididos em dois grupos: com bruxismo e sem bruxismo. Os dados foram coletados por um único examinador auxiliado por um anotador. Após o exame para identificar lesões de cáries, as crianças foram divididas em dois subgrupos: com cárie e sem cárie. O padrão respiratório foi determinado por uma avaliação clínica por um especialista e exames específicos (teste do espelho e teste de retenção de água). Os grupos foram avaliados e comparados em relação à respiração nasal ou bucal, problemas respiratórios, como rinite alérgica, asma e bronquite e a presença ou ausência de cáries. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do teste do qui-quadrado, com o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). 77% das crianças com bruxismo apresentou lesão de cárie e 62,5% das crianças com problemas respiratórios apresentaram o hábito de bruxismo. Crianças com bruxismo tiveram um maior número de problemas respiratórios do que aqueles sem estes problemas. A pesquisa mostrou que há associação entre bruxismo, cárie dentária e problemas respiratórios.

### **3. OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de bruxismo e correlacioná-lo com respiração bucal em pré-escolares de 2 a 5 anos de Florianópolis/Brasil em 2014.

## 4. METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 343.658. Todos os pais/responsáveis assinaram o termo de consentimento informado.

Foram incluídos crianças que tinha entre 2 e 5 anos, com dentição decídua completa, participaram voluntariamente e que tinham o termo livre e esclarecido assinado pelos responsáveis. Excluídas crianças com dentes permanentes irrompidos, que não cooperou durante a coleta de dados ausentes no dia do exame e com tratamento ortodôntico prévio. Por fim a amostra final de 429 crianças.

A coleta de dados abrangeu exame clínico e questionário aos pais/responsáveis. O exame foi realizado por três examinadores calibrados ( $Kappa > 0,7$ ), com auxílio de luz artificial (tipo LED), nas dependências da escola, com as crianças sentadas numa cadeira de frente para o examinador. Para isso, foram utilizados espelhos clínicos e gases estéreis, seguindo as normas de biossegurança preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No exame clínico foi registrada a presença de facetas de desgastes em incisivos e molares decíduos. Foi considerado facetas de desgaste dentes com oclusal/incisal lisas, polidas e brilhantes.

O questionário continha questões referentes ao bruxismo do sono e respiração bucal. O diagnóstico de respiração bucal, foi baseado no questionário de Abreu *et al* (2008), sendo elas: dorme com a boca aberta e /ou baba no travesseiro, tem nariz "entupido" diariamente, está sempre de boca aberta, sinusite no último ano, operou o nariz, operou a garganta e se apresentou mais de cinco episódios de infecções na garganta nos últimos 12 meses. Quanto às perguntas relacionadas ao bruxismo perguntou se a criança range os dentes durante a noite. As opções de resposta eram não (0) e sim (1). O questionário foi enviado aos pais através da agenda escolar, devendo ser entregues aos professores em sala de aula e recolhidos posteriormente pelos pesquisadores.

Para o diagnóstico de respiração bucal, foi utilizada a Teoria de Resposta ao Item, que a partir do conjunto de respostas permitiu a estimação dos parâmetros dos itens e dos indivíduos em uma escala de medida. Teoria de Resposta ao Item leva em consideração o item particularmente, sem relevar os escores totais; portanto, as conclusões não dependem apenas do teste ou questionário, mas de cada item que o compõe. Com isso obtivemos uma melhor análise das perguntas.

O bruxismo foi diagnosticado como “possível” e “provável”. O diagnóstico possível seguiu a classificação da Academia Americana do Sono (IBER, CHESSON, QUAN; 2007) onde o relato dos pais/responsáveis é suficiente para diagnosticar. No diagnóstico “provável”, segundo Lobezzo *et al*. 2013, o bruxismo depende da associação do relato dos pais associado à presença de facetas de desgaste dental ao exame clínico.

Os dados foram analisados usando SPSS para Windows (versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Para determinar as associações foi feito teste de qui-quadrado. Foram adotados os seguintes parâmetros: erro padrão de 5% e 95% de intervalo de confiança.

## 5. RESULTADO

A amostra final foi composta por 429 crianças de 2 a 5 anos que frequentam creches municipais de Florianópolis/SC. A distribuição quanto ao gênero foi semelhante, porém teve predomínio de meninos (52,9%). Quanto à idade, a maioria das crianças examinadas tinham entre 4 e 5 anos (52,9%) (tabela 1).

Tabela 1: Análise descritiva dos dados clínicos de pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014.

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	227	52,9
Feminino	202	47,1
<b>Idade</b>		
2 anos	60	14,0
3 anos	142	33,1
4 anos	118	27,5
5 anos	109	25,4

O bruxismo ao exame clínico foi presente em 8,2% (35 crianças), quanto ao relato dos pais o bruxismo foi encontrado em 17,2% (74 crianças), entretanto quando associamos exame clínico com o relato dos pais o bruxismo estava presente em 2,1% (9 crianças) (tabela 2).

Tabela 2: Análise descritiva de bruxismo em pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014.

<b>Bruxismo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ao exame clínico</b>		
Ausente	394	91,8
Presente	35	8,2
<b>Possível (relato dos pais)</b>		
Ausente	355	82,8
Presente	74	17,2
<b>Provável (exame clínico + relato dos pais)</b>		

Ausente	420	97,2
Presente	9	2,1

Quanto as variáveis não clínicas, a alteração mais prevalente, conforme relato dos pais, foi de a criança estar sempre com o nariz entupido (19,6%), seguindo pelo relato da criança estar sempre com a boca aberta (16,1%) (tabela 3).

Tabela 3: Análise descritiva dos dados não clínicos de pré-escolares (n=429) de Florianópolis, 2014.

Variáveis não clínicas	N	%
<b>Já operou a garganta?</b>		
Sim	9	2,1
Não	420	97,9
<b>Já operou o nariz?</b>		
Sim	9	2,1
Não	420	97,9
<b>Fica SEMPRE com o nariz entupido?</b>		
Sim	84	19,6
Não	345	80,4
<b>Fica SEMPRE de boca aberta?</b>		
Sim	69	16,1
Não	360	83,9
<b>Ficou com a garganta inflamada por mais de 5 vezes?</b>		
Sim	53	12,4
Não	376	87,6
<b>No último ano teve sinusite?</b>		
Sim	57	13,3
Não	372	86,7
<b>Respirador bucal</b>		
Sim	6	1,4
Não	423	98,6

Os meninos tiveram maior prevalência de bruxismo (19,4%) quando comparado às meninas. Ao associar a faixa etária com o bruxismo, obteve-se associação estatística significativa ( $p < 0,05$ ), sendo a faixa etária com mais

prevalência a de 4 e 5 anos com 68,9%. Não foi observada associação de respirador bucal com a presença de bruxismo nesta população ( $p>0,05$ ) (tabela 4).

Tabela 4: Associação do bruxismo com variáveis independentes de pré-escolares (n= 429) de Florianópolis, 2014.

Variáveis	Sem bruxismo (%)	Com bruxismo (%)	Valor de p
Sexo			
Masculino	183 (80,6)	44 (19,4)	0,266
Feminino	172 (85,1)	30 (14,9)	
Idade			
2-3 anos	179 (88,6)	23 (11,4)	0,004*
4-5 anos	176 (77,5)	51 (22,5)	
Bruxismo (exame clínico)			
Ausente	329 (83,5)	65 (16,5)	0,250
Presente	26 (74,3)	9 (25,7)	
Respirador Bucal			
Ausente	350 (82,7)	73 (17,3)	0,723 <sup>F</sup>
Presente	5 (83,3)	1 (16,7)	

\*  $p<0,05$ .

<sup>x²</sup> Teste de qui-quadrado

<sup>F</sup> Teste exato de Fisher



## 6. DISCUSSÃO

O bruxismo em crianças pode alterar o comportamento e o desempenho escolar (SERRA NEGRA *et al.*, 2013). Enquanto, a respiração bucal está associada à dificuldade de concentração e menor rendimento escolar (PACHECO *et al.*, 2015, MUSTAFÁ *et al.*, 2015). Atualmente há diversos estudos que correlacionam alterações respiratórias com bruxismo a fim de verificar se existe correlação entre bruxismo e alterações respiratórias. (FRANCESCO *et al.*, 2004; GRECHI *et al.*, 2007; EFTEKHARIAN *et al.*, 2008; MOTTA *et al.*, 2014).

Ao usar como classificação o exame clínico associado ao relato dos pais para o diagnóstico de bruxismo, foi observado baixa prevalência com predomínio no sexo masculino. Em estudos semelhantes, há uma variação na prevalência do bruxismo. No estudo de Ghaufournia *et al.* (2012), com faixa etária semelhante, a prevalência do bruxismo foi de 12,75%, sendo meninos os mais afetados (54,9%). Grechi *et al.*, no ano de 2007, obtiveram uma prevalência de 65,2% e desses, 70% eram meninos. No estudo de Fonseca *et al.* (2010) a prevalência de bruxismo foi 15,2%, desses 57,6% era meninos. Motta *et al.* em 2014, encontrou a prevalência de bruxismo maior nas meninas, com 52,6%.

Ghaufornia *et al.* (2012) e Fonseca *et al.* (2010) consideraram bruxismo associando exame clínico com o relato de ranger os dentes por um responsável. Já na pesquisa Grechi *et al.* (2007), considerou-se bruxismo presente, apenas pelo exame clínico. Trabalhos que utilizaram associação de exame clínico com o relato tiveram uma prevalência menor de bruxismo, isso pode estar relacionado ao fato que o desgaste dental pode ter ocorrido no passado, consequente clinicamente a criança tem desgaste dental e não tem bruxismo presente naquele momento. Diante das diferentes metodologias aplicadas para o diagnóstico, os resultados apresentam valores díspares.

No presente estudo, as crianças mais velhas foram as que apresentaram maior prevalência de bruxismo. A pesquisa feita por Ghaufornia *et al.* (2012), avaliaram crianças entre 3 e 6 anos, obtiveram uma média de idade para o bruxismo de 5,1 anos. Diante dos achados, pode-se sugerir que crianças com idade entre 4 e 5 anos, apresentam mais bruxismo, quando comparadas a crianças mais novas. Este achado pode ser justificado por ser uma faixa etária em que ocorrem alterações psicológicas e estressoras, uma vez que, é uma idade de descoberta, ansiedade, iniciam sentimentos de obrigação, aumenta a responsabilidade, e pode estar coincidindo com a vinda de um irmão. Essas alterações podem desencadear episódios de ranger dos dentes. Outro fator que pode estar associado com a alta prevalência de bruxismo nesta faixa etária, é que os dentes estão expostos há mais tempo à atividade de bruxismo, sendo assim crianças com menor idade podem ter bruxismo e não apresentarem ainda o desgaste dental ao exame clínico.

Considerando bruxismo apenas por relato dos pais, a prevalência encontrada eleva-se para 17,2%. Num estudo feito no oeste de São Paulo por Simões Zenari *et al.* em 2010, a prevalência foi maior, sendo 55,3% de casos.

A presença de bruxismo e respiração bucal pode levar a alterações craniofaciais e posturais, bem como problemas com os músculos faciais, oclusão, mastigação, deglutição, sono, concentração e atenção. Assim estudar essas variáveis é de grande importância para o diagnóstico precoce.

Na presente pesquisa, poucas crianças com respiração bucal possuíam bruxismo, diferente do estudo feito por Motta *et al.* em 2014, que 62,5% das crianças com problemas respiratórios possuíam bruxismo. Ainda no estudo de Motta *et al.* (2014) o bruxismo teve associação significativa com alterações respiratórias, divergindo do observado no presente estudo. Na pesquisa feita por Simões-Zenari *et al.* (2010) 85% das crianças com respiração bucal possuíam bruxismo. Essas diferenças podem ser decorrentes das diferentes metodologias aplicadas. Na atual pesquisa, foi investigado única alteração respiratória, respirador bucal, sendo determinado através da TRI. Não foi feito exame clínico direcionado a encontrar crianças com diagnóstico de respirador bucal. Usamos perguntas das quais investigavam se a criança já operou o nariz e/ou garganta, se a criança fica muito com o nariz entupido, se fica sempre com a boca aberta, se inflamou a garganta mais de cinco vezes e se já teve sinusite. Após isso aplicamos a TRI obtendo um resultado final de quantas e quais crianças eram respiradora bucal. Motta *et al.* (2014) usou exames específicos para alterações respiratórias, como teste do espelho e teste de retenção de água. Já Simões Zenari *et al.* (2010) utilizaram exame clínico para o diagnóstico de respirador bucal, com a verificação de tônus de lábios, língua e bochechas, aparência das tonsilas, da mordida, do palato duro e do freio lingual, postura de repouso de lábios e língua e, padrões de respiração, mastigação e deglutição. Não foi associado bruxismo com demais alterações respiratórias potencialmente existentes.

Atualmente o tratamento de bruxismo e alterações respiratórias são tratadas de forma multiprofissional. O correto diagnóstico e o tratamento precoce são de grande importância para o desenvolvimento normal da criança (FRANCESCO *et al.*, 2004; GRECHI *et al.*, 2007; FOSENCA *et al.*, 2010; GHAUFURNIA *et al.*, 2012; MOTTA *et al.*, 2014).

Recomendam-se estudos com metodologias de pesquisas iguais para melhores comparações, avaliando se existe relação entre bruxismo e alterações respiratórias (GHAUFURNIA *et al.*, 2012).

Pode ter havido uma margem de erro e um possível efeito viés de memória no momento da resposta. Devido a diferentes metodologias para diagnóstico de respirador bucal dificultou a comparação com outros estudos da literatura.

## **7. CONCLUSÃO**

No presente estudo podemos concluir que crianças entre 4 e 5 anos tem maior prevalência de bruxismo e que a presença de bruxismo e respirador bucal não se correlacionaram.

## REFERÊNCIAS

1. BUYSSE DJ, YOUNG T, EDINGER JD, CAROLL J, KOTAGAL S. Clinicians' use of the international classification of sleep disorders: Results of a national survey. *Sleep* 2003;26:48-51.
2. DINIZ MB, SILVA RC, ZUANON AC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev Pauli Pediatria* 2009;27:329-34.
3. EFTEKHARIAN, A; RAAD, N; GHOLAMI-GHASRI, N. Bruxism and adenotonsillectomy. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2008; 72:509-511.
4. FONSECA CME, SANTOS MBF, CONSANI RLX, SANTOS JFF, MARCHINI L. Incidence of sleep bruxism among children in Itanhandu, Brazil. *Sleep And Breathing*.2010; 15,2: 215-220.
5. FRANCESCO RC, PASSEROTII G, PAULUCCI B, MINITI A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2004; 700: 665-670.
6. GARDE JB, SURYAVANSHI RK, JAWALE BA, DESHMUKH V, DADHE DP, SURYAVANSHI MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *J Int Oral Health* 2014;6(1):39-43.
7. GHAFOURNIA M; TEHRANI MH. Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan. *Journal Of Dental Research, Dental Clinics*, 2012; 6(4):138-142.
8. GRECHI TH, TRAWITZKI LVV, FELÍCIO CM, VALERA FCP, ALNSELMO-LIMA WT. Bruxism in children with nasal obstruction. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2007; 72(3): 391-396.
9. IBER CA-IS, CHESSON AL, QUAN SF: The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology, and technical specification. 1st edition. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2007.
10. KATAYOUN E, SIMA F, NASER V, ANAHITA D. Study of the relationship of psychosocial disorders to bruxism in adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2008;26:S91-7.
11. KLASSER GD, REI N, LAVIGNE GJ. Sleep Bruxism Etiology: The Evolution of a Changing Paradigm. *J Can Dent Assoc*. 2015;81:2

12. LOBBEZOO F, AHLBERG J, GLAROS A, KATO T, KOYANO K, LAVIGNE GJ, LEEUW R, MANFREDINI D, SVENSSON P, WINOCUR E. Bruxism Defined and Graded: an International Consensus. *J Oral Rehabil.* 2013;40:2–4.
13. MANFREDINI D, RESTREPO C, DIAZ-SERRANO K , WINOCUR E, LOBBEZOO F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil.* 2013; 40(8): 631-642, 24.
14. MOORE M, SLANE J, MINDELL JA, BURT SA, KLUMP KL. Genetic and environmental influences on sleep problems: A study of preadolescent and adolescent twins. *Child Care Health Dev.* 2011;37:638-41.
15. MOTTA LJ, BORTOLETTO CC, AJ MARQUES, FERRARI RM, FERNANDES KS, BUSSADORI SK. Associação entre problemas respiratórios e cárie dentária em crianças com bruxismo. *J Dent indiano Res.* 2014; 25: 9-13.
16. MUSTAFÁ AMM, RIBEIRO ALR, SILVA AM, TIAGO CM. Síndrome do respirador bucal e suas implicações na cavidade oral com foco na gengivite e cáries: uma revisão de literatura. *Jornal de odontologia da FACIT.* 2015;2(1):15-21.
17. NAHÁS-SCOCATE ACR, COELHO FV, ALMEIDA VC. Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not? *Dental Press J Orthod.* 2014 Sept-Oct;19(5):67-73.
18. PACHECO MC, CASAGRANDE CF, TEIXEIRA LP, FINCK NS, ARAÚJO MT. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental Press J Orthod.* 2015 Aug;20(4):39-4.
19. RESTREPO CC, VASQUEZ LM, ALVEREZ M, VALENCIA I. Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behavior. *J Oral Rehabil* 2008;35:585-93.
20. SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, ABREU MH, FLORES-MENDOZA CE, PORDEUS IA. Relationship between Tasks Performed, Personality Traits, and Sleep Bruxism in Brazilian School Children - A Population-Based Cross-Sectional Study. 2013; 8(11): 80075.
21. SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, AUAD SM, RAMOS-JORGE ML, PORDEUS IA. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: A case-control study. *Braz Dent J* 2012; 23:746-52.
22. SERRA-NEGRA JM, TIRSA-COSTA D, GUIMARÃES FH, PAIVA SM, PORDEUS IA. Evaluation of parents/guardian

- knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013; 31:153-8.
23. SERRA-NEGRA, JM. et al. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, [s.l.], v. 19, n. 5, p.309-317, set. 2009. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1111/j.1365-263x.2009.00973.x.
  24. SIMÕES-ZENARI M, BITAR ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2010; 22(4):465-72.
  25. WANG G, XU G, LIU Z, LU N, MA R, ZHANG E. Sleep patterns and sleep disturbances among Chinese school-aged children: Prevalence and associated factors. *Sleep Med* 2013;14:45-52.

**APÊNDICE A – Ficha Clínica**

Data do exame:

Escola:

Examinador:

Anotador:

Nome da Criança:

Idade:

**1) PRESENÇA DE BRUXISMO:**

( ) sim ( ) não

## APÊNDICE B – Questionário



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA**

Este questionário é totalmente confidencial. Seu nome não aparecerá nele e ninguém poderá saber que foi você quem forneceu as informações solicitadas. Por favor, leia todas as opções de resposta até o final, antes de responder cada pergunta. Mesmo que você não lembre com precisão da situação abordada na pergunta, tente responder da forma mais aproximada possível. Muito obrigado!

**Nome da criança:** \_\_\_\_\_

**1. A criança já operou a garganta?**

( ) sim

( ) não

**2. A criança já operou o nariz?**

( ) sim

( ) não

**3. A criança fica SEMPRE com o nariz entupido?**

( ) sim

( ) não

**4. A criança fica SEMPRE de boca aberta?**

( ) sim

( ) não

**5. No último ano a criança ficou com a garganta inflamada por mais de 5 vezes?**

( ) sim

( ) não

**6. No último ano a criança teve sinusite?**

( ) sim

( ) não

**7. Você ouve ruídos da criança rangendo os dentes enquanto dorme?**

( ) sim

( ) não



## ANEXO A – Termo Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES RELACIONADA ÀS DESORDENS BUCAIS

**Pesquisador:** MARIANE CARDOSO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05445412.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 343.658

**Data da Relatoria:** 12/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES RELACIONADA ÀS DESORDENS BUCAIS

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Conhecer a percepção dos pais e/ou responsáveis em relação à qualidade de vida de crianças pré-escolares relacionada à cárie dental, ao trauma dental, ao bruxismo, à ausência dental posterior e à mordida aberta anterior.

##### Objetivo Secundário:

Avaliar o impacto da cárie dental na qualidade de vida de crianças pré-escolares. Avaliar o impacto do trauma dental na qualidade de vida de crianças pré-escolares. Avaliar o impacto do bruxismo na qualidade de vida de crianças pré-escolares. Avaliar o impacto da ausência dental posterior na qualidade de vida de crianças pré-escolares. Avaliar o impacto da mordida aberta anterior na qualidade de vida de crianças pré-escolares.

Fornecer subsídios para a formulação de estratégias de prevenção e de atendimento com relação às desordens bucais para a população estudada.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900

**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-0208

**Fax:** (48)3721-0696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 343.050

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos serão mínimos pois será apenas realizado coleta de dados por meio de exame clínico e entrevista, cuja participação é voluntária.

Os benefícios advindos desta pesquisa poderão ser medidos em um futuro próximo, onde os resultados alcançados servirão de referência para outros trabalhos na área de Odontologia, permitindo conhecimentos elementares sobre o impacto social dos pais e/ou responsáveis sobre a qualidade de vida de crianças pré escolares relacionada às desordens bucais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa mostra-se muito bem estruturado do ponto de vista teórico e metodologicamente demonstra a justificativa do problema e a necessidade da pesquisa e o impacto destes resultados para o estabelecimento de ações de prevenção e para estabelecimento de políticas públicas para o atendimento de crianças pré escolares

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou toda a documentação para submissão e aprovação no CEP/SH/UFSC: Relatório, Projeto, Folha de Rosto assinada, Carta da Instituição, TCLE, Orçamento, Cronograma.

**Recomendações:**

Que os resultados da pesquisa sejam socializados em eventos científicos e publicações científicas da área da odontologia.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador atendeu a pendência indicada pelo relator recomendando sua aprovação no CEP/SH/UFSC.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 343.658

FLORIANOPOLIS, 30 de Julho de 2013

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados Pais/ Responsáveis,

Somos dentistas e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estamos realizando um estudo para avaliar as consequências dos problemas bucais na qualidade de vida das crianças e das suas famílias, por isso, precisamos da sua colaboração.

Estamos visitando algumas escolas municipais de Florianópolis e realizando o trabalho com vocês e suas crianças. Gostaríamos de convidá-los a participar e para isso, é preciso que vocês assinem este termo indicando sua autorização. Após devolverem este termo de autorização assinado, será realizado um exame simples: olhar os dentes do seu (sua) filho (a), na própria escola.

Para fazer este exame nós dentistas, usaremos jaleco, gorro, óculos, máscara e luvas descartáveis. Para observar os dentes será utilizado espelho, gaze e algodão (todos esterilizados), lembrando que, os dentes serão apenas olhados e não serão realizados procedimentos neles.

Se a criança precisar de tratamento nos dentes e caso vocês tenham interesse, será dado um encaminhamento para que a criança seja atendida na UFSC, que ocorrerá assim que vagas estejam disponíveis.

Informamos que o seu nome, de sua criança e as informações serão mantidas em segredo. A direção da escola permitiu a realização do estudo, sendo assim, pedimos a sua autorização para participação da sua criança.

Estaremos à disposição, caso vocês tenham dúvidas.

Atenciosamente,

**Sua assinatura indica que você leu e entendeu todas as informações explicadas anteriormente e permite a participação de seu (sua) filho (a) no estudo.**

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável